

# ADHS Formulario de consentimiento de vacuna COVID-19

Use este formulario junto con la [Lista de Verificación Antes de Vacunación para Vacunas COVID-19 de los CDC](#).



ARIZONA DEPARTMENT  
OF HEALTH SERVICES  
PREPAREDNESS

(Solo personal) ID de cita: \_\_\_\_\_

## Información del paciente

Apellido Nombre Segundo nombre (opcional)

Apellido de soltera de la madre (opcional) Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Género

Dirección Número de apartamento Ciudad Estado Código postal

Dirección no disponible

Número de teléfono

## Información del seguro

¿Usted tiene seguro?  Sí  No

Correo electrónico

Nombre del plan # de grupo del plan # de miembro del plan

Nombre de la persona cubierta por el plan Nombre de la persona responsable del plan

Dirección y número de teléfono de seguro privado (si está disponible)

**CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** He recibido una copia de la hoja informativa para la Autorización de uso de emergencia para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas COVID-19 solicitadas. Pido que administren las vacunas a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Certifico que soy: (1) el paciente y al menos 18 años de edad; (2) el tutor legal del paciente y la edad del paciente lo hacen elegible para recibir la vacuna según la autorización de uso de emergencia actual; o (3) una persona autorizada a dar su consentimiento en nombre del paciente cuando el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo.

Por la presente cedo a \_\_\_\_\_ cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para la tarifa de administración de la vacuna COVID-19 que se me proporcionó. Acepto reenviar a \_\_\_\_\_ todo el seguro de salud y otros pagos de terceros que recibo por los servicios que me den inmediatamente después de recibirlos.

Acepto permitir que el proveedor de atención médica publique información al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS) que yo (o para la persona para la que estoy autorizado a dar su consentimiento) he recibido esta vacuna COVID-19. Esta información ayudará a realizar el seguimiento del fabricante y las dosis de la vacuna.

Nombre impreso del paciente Firma del paciente Fecha de firma

Nombre impreso del padre/tutor/persona autorizada Firma de la persona autorizada Fecha de firma

## Información de administración de vacunas solo para inmunizadores

Fecha de administración Fabricante NDC #

Brazo izquierdo Brazo derecho

Número de lote Fecha de caducidad Ruta Sitio

Nombre y título del inmunizador Firma del inmunizador

¿Es la primera o segunda dosis del paciente?  Primero  Segundo Tercero Inyección de refuerzo